

Extremfokussierung in der Kinderwunschbehandlung: Ungleiche biographische und soziale Ressourcen der Frauen

Hoffmann, Britt

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hoffmann, B. (2013). Extremfokussierung in der Kinderwunschbehandlung: Ungleiche biographische und soziale Ressourcen der Frauen. In A. Rusconi, C. Wimbauer, M. Motakef, B. Kortendiek, & P. A. Berger (Hrsg.), *Paare und Ungleichheit(en): Eine Verhältnisbestimmung* (S. 210-232). Opladen: Verlag Barbara Budrich. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-69513-0>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Extremfokussierung in der Kinderwunschbehandlung. Ungleiche biographische und soziale Ressourcen der Frauen¹

Zusammenfassung

Seit den 1970er Jahren ist die ungewollte Kinderlosigkeit von Paaren mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen (Insemination, IVF, ICSI) behandelbar. Der Krankheitswert der Indikation ungewollte Kinderlosigkeit bleibt allerdings umstritten. Zudem ist die Behandlung wenig erfolgssicher, jedoch potenziell bis zur Menopause der Frauen wiederholbar. Die Patientinnen müssen ihren Behandlungsplan entlang eigener Relevanzen gestalten. Im Umgang mit der reproduktionsmedizinischen Behandlung bringen Frauen ungleiche biographische und soziale Voraussetzungen mit. Dabei können manche Frauen in die Gefahr einer Extremfokussierung auf den unerfüllten Kinderwunsch und dessen Behandlung geraten. Anhand zweier Fallporträts auf der Basis einer prozessualen und kontrastierenden Analyse autobiographisch-narrativer Interviews (Schütze) sollen biographische Orientierungen und Paarkonzeptionen als biographische und soziale Kontexte dargestellt werden, die einerseits eine Extremfokussierung begünstigen, andererseits helfen, das der Behandlung innewohnende Krisenpotenzial erfolgreich zu bearbeiten.

Schlüsselwörter

Reproduktionsmedizin, IVF, überwertiger Kinderwunsch, psychische Belastung, Extremfokussierung

Summary

Over-focussing on the treatment of involuntary childlessness. Women's biographical and social resources

Medical treatment of involuntary childlessness has been available since the 1970s by means of artificial insemination (insemination, IVF, ICSI). Involuntary childlessness, however, remains controversial as an indication for treatment covered by statutory health insurance. Further, treatment has a low success rate, but can potentially be repeated until women reach menopause. Therefore, women are required to design their treatment plan along their specific preferences and concerns. Women have different biographical and social prerequisites when dealing with reproductive medical treatment, and they are at risk of over-focussing on their involuntary childlessness and its treatment. Based on two case studies derived from a procedural and contrast analysis of autobiographical/narrative interviews (Schütze), biographical orientations and relationship concepts are to be presented as biographical and social contexts which, on the one hand, encourage over-focussing and, on the other hand, help to successfully handle the crisis potential incurred in the treatment.

Keywords

reproductive medicine, IVF, excessive desire to have children, psychological strain, over-focussing

¹ Ich bedanke mich bei den interviewten Frauen für ihre Bereitschaft, ihre Lebensgeschichte zu erzählen, und bei den beiden anonymen GutachterInnen für ihre wertvollen Hinweise bei der Fertigstellung dieses Aufsatzes.

1 Einführung

„Weil sie sich ohne ein eigenes Kind nicht vollwertig fühlen, laufen Frauen heute in die Labors der In-vitro-Befruchter und preisen die Segnungen dieser Wissenschaft. Die alte Ideologie feiert Hochzeit mit dem technischen Fortschritt, das ist alles“ – mit dieser These der Zementierung traditioneller Geschlechterbilder vertritt Ingrid Strobl (1989: 33) die frühe feministische Kritik an modernen Reproduktionstechnologien². Anders als die Reform des § 218 im Jahr 1975 bedeutete die Reproduktionstechnologie zur Zeit ihrer Etablierung in den 1970er und 1980er Jahren in der bundesdeutschen feministischen Debatte keinen Zugewinn an Selbstbestimmung für Frauen (Die Grünen 1986). Befürchtet wurden die Festschreibung und Verstärkung alter Frauen- und Mutterschaftsideale und damit traditioneller Geschlechterungleichheiten. Mit Verfahren der In-vitro-Fertilisation (IVF) und der vorgeburtlichen Diagnostik (PND) würden Frauen ihrer Körperlichkeit enteignet werden, sie seien stärker an das Kontroll- und Informationsmonopol der ÄrztInnen gebunden und es bestehe die Gefahr einer Kommerzialisierung, beispielsweise durch den Verkauf von Eizellen gesunder Frauen oder durch Leihmutterschaft (Corea 1986; Mies 1986; Kontos 1986; auch Graumann/Schneider 2003: 10). Im Gegensatz dazu verwiesen Feministinnen in angelsächsischen und angloamerikanischen Ländern auf die der Biotechnologie innewohnenden Potenziale zum Abbau von Geschlechtsstereotypen und -ungleichheiten und betonten liberale Werte wie „Fortpflanzungsfreiheit“, „persönliche Entscheidungsfreiheit“ und das „Recht auf Selbstbestimmung“ von Frauen in der Reproduktionsmedizin (vgl. Hofmann 2003: 92ff.). In dieser kontroversen Debatte forderten Brunhilde Arnold und Christine Vogt (1986), Reproduktionstechnik nicht einzig als patriarchale, frauenkontrollierende Macht zu diskutieren. Frauen seien insbesondere dann „willfähig“ (Arnold/Vogt 1986: 103), wenn sie Kinderlosigkeit als Verfehlen des Lebenszieles ansehen und es ihnen an Wissen über Lebensentwürfe und Lebenswerke gewollt kinderloser Frauen fehle. Demnach begegneten Frauen als potenzielle Nutzerinnen den Problematiken der Reproduktionsmedizin mit ungleichen Voraussetzungen und dies zulasten derjenigen Frauen, für die die Mutterrolle die zentrale biographische Identifikationsfigur darstellt.

Maßnahmen der Reproduktionsmedizin wie die In-vitro-Fertilisation (IVF) oder die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) gelten inzwischen als Standardverfahren zur medizinischen Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit. Im Jahr 2009 wurden 72 984 künstliche Befruchtungen (IVF/ ICSI, Kryokonservierung, GIFT) dokumentiert (DIR 2012). Die mithilfe dieser Verfahren geborenen Kinder nehmen einen Anteil von 1,9 Prozent³ aller Lebendgeburten des Jahres in Deutschland ein.

2 Ingrid Strobl trat hiermit auf dem Zweiten Bundesweiten Kongress „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien“ im Oktober 1988 in Frankfurt/Main auf. Hier und auch schon auf dem ersten Kongress 1985 in Bonn versammelten sich mehr als 2 000 Frauen protestierend gegen moderne Gen- und Reproduktionstechnologien (Bradish/Feyerabend/Winkler 1989: 15; Die Grünen 1986).

3 Eigene Berechnungen auf der Basis der dokumentierten Lebendgeburten des Deutschen IVF-Registers im Jahr 2009 (DIR 2012) im Verhältnis zur Anzahl aller Lebendgeburten 2009 in Deutschland (Statistisches Bundesamt; Zugriff am 16. Januar 2013 unter www.destatis.de).

ÄrztInnen befinden sich in der Reproduktionsmedizin in einer anderen Situation als bei der Behandlung herkömmlicher Erkrankungen:

a) Reproduktionsmedizinische Behandlungen sind nicht zwingend notwendig. Weil auch ein Leben ohne Kind für Individuen und Paare ein gewolltes und sozial akzeptables Lebensmodell sein kann, erzeugt Kinderlosigkeit nicht per se Leiden; eine medizinische Intervention ist daher nicht selbstverständlich geboten. Die gesellschafts-politische Debatte zur ungewollten Kinderlosigkeit ist entsprechend von Ambivalenzen um den Krankheitswert gezeichnet: Ungewollte Kinderlosigkeit wird nicht nur als behandlungsbedürftige Krankheit verstanden, sondern auch als Funktionsstörung, die nicht grundsätzlich behandlungsbedürftig ist, oder sogar als Lebensumstand, mit dem sich Betroffene im Normalfall arrangieren sollten (Krones et al. 2006). Auf der Ebene der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fallen ungewöhnliche finanzielle und individuelle Begrenzungen der Kostenübernahme bei künstlichen Befruchtungen auf. Seit 2004 werden laut § 27a SGB V bei maximal drei Behandlungsversuchen nur je 50 Prozent der Kosten von den Krankenkassen übernommen⁴. Auch gelten Altersgrenzen. Frauen müssen zwischen 25 und 40 und Männer zwischen 25 und 50 Jahre alt sein. Zudem müssen die Paare miteinander verheiratet sein. Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts⁵ liegen künstliche Befruchtungen „in einem Grenzbereich zwischen Krankheit und solchen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen eines Menschen, deren Beseitigung oder Besserung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht von vornherein veranlasst ist“ (mehr dazu bei Rauprich 2008).

b) Der Behandlungserfolg ist sehr unsicher, die Behandlung selbst aber wiederholbar: Künstliche Befruchtungen (IVF/ICSI) führen pro Behandlungsversuch nur bei ca. 17 Prozent der Fälle zum gewünschten Kind (DIR 2012). Bei Inanspruchnahme muss sich daher die Mehrheit der Paare mit einem Behandlungsmisserfolg auseinandersetzen und dann überlegen, ob sie einen weiteren Behandlungsversuch unternehmen will. Die Behandlung ist grundsätzlich bis zum Eintritt in die Menopause wiederholbar.

Diese besondere Kombination aus einer vagen medizinischen Indikation und einer eher geringen Erfolgsaussicht bei grundsätzlicher Wiederholbarkeit hat gegenüber reproduktionsmedizinischen Behandlungen in der Frauen- und Geschlechterforschung zu immer differenzierterer Kritik geführt. Unter anderem wurde auf die *Verstrickungsgefahr* in der Anwendung der IVF-Behandlungen hingewiesen. Beck-Gernsheim (1991) arbeitete bezüglich der Behandlungsbeendigung die Problematik der Selbstverschuldung heraus:

„Wo Unfruchtbarkeit früher vorgegebenes Schicksal war, wird sie heute in gewissem Sinn zur ‚selbstgewählten Entscheidung‘. Denn diejenigen, die aufgeben, bevor sie nicht noch die neuste und allerneuste Methode versucht haben (ein Kreislauf ohne Ende), sind nun ‚selber schuld‘. Sie hätten es ja noch weiter versuchen können.“ (Beck-Gernsheim 1991: 54).

4 Pläne von Bundesfamilienministerin Kristina Schröder (CDU) sehen vor, dass Bund und Länder zukünftig die Hälfte der Kosten übernehmen, die derzeit die Paare tragen. Die politische Entscheidungsfindung ist noch nicht abgeschlossen (Zugriff am 21. Juni 2012 unter www.faz.net/aktuell/politik/inland/plaene-der-familienministerin-schroeder-will-kuenstliche-befruchtung-bezuschussen-11543707.html).

5 Bundesverfassungsgericht, Urteil v. 28.2.2007, Az. 1 BvL 5/03. Siehe auch Rauprich 2008: 39.

Auf der Grundlage ihrer empirischen Ergebnisse betonen Fränznick/Wieners (2001), dass die Wiederholbarkeit der Behandlungen zu einer Falle des Automatismus führe: dem Zwang, alles zu versuchen, verbunden mit einem Kontrollverlust gegenüber der Dynamik des medizinischen Kreislaufes. Zu den sozialen Mechanismen, die diese Falle konstellieren, gehören das allgemeine Vertrauen in die medizintechnische Machbarkeit, die Erfolgsmeldungen in der Presse, die Selbstverständlichkeit der Behandlungsroutine im medizinischen Alltag verbunden mit der zeitlichen Enge für ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräche, außerdem der Erwartungsdruck in Richtung einer Behandlung, der aus dem sozialen Umfeld hervorgeht, und die Notwendigkeit aufwendiger Legitimierung bei Behandlungsaustritt. Nach Sorg/Fränznick (2002) entsteht ein *Behandlungssog* durch die bleibende Hoffnung, man könne jeden neuen Behandlungsversuch positiv beeinflussen. Der Kreislauf von Behandlung, Hoffen, Enttäuschung und neuer Hoffnung beim nächsten Behandlungsversuch verhindere die innere Auseinandersetzung mit der bleibenden ungewollten Kinderlosigkeit. Grundsätzlich „alle [Frauen], die sich in eine sogenannte Kinderwunschbehandlung begeben, können in einen solchen Automatismus von Behandlungen geraten“ (Sorg/Fränznick 2002: 90). Unklar bleibt, welche eigenen Ressourcen Frauen diesem sogenannten Behandlungssog entgegenbringen können, wenn sie eine Kinderwunschbehandlung mit ungleichen biographischen und sozialen Voraussetzungen in Anspruch nehmen.

Ein ähnliches Phänomen wurde in der psychosomatischen Forschung mit dem sogenannten überwertigen oder auch fixierten Kinderwunsch beschrieben. Stauber (1991) beschreibt Patientinnen mit überwertigem Kinderwunsch als Gruppe mit massivem Leidensdruck, die nur invasive Methoden für die Gewinnung eines eigenen Kindes um jeden Preis schätzen, dabei grenzenlos risikobereit seien und nach häufigen Wechseln einen Arzt suchen, der seinerseits nur die Geburt eines Kindes als Erfolg seines Tuns begreift. Psychoanalytische Ansätze wie von Frick-Bruder (1989) deuten die Kinderwunschfixierung oder auch das Kinderwunsch-Syndrom (Auhagen-Stephanos 2002) als Ausdruck ungelöster innerer Konflikte meist aus der frühen Kindheit und unterdrückter Ambivalenzen gegenüber einem Kind. Dagegen ist nach Hölzle (1990: 99, 193) die Überwertigkeit nicht als Ausdruck einer neurotischen oder depressiven Persönlichkeitsstruktur, sondern als Resultat jahrelanger frustrierender Bemühungen in der Kinderwunschbehandlung zu verstehen. Der Kontrollverlust über die Fruchtbarkeit infolge jahrelanger erfolgloser Behandlungen begünstige eine gesteigerte, einseitig positiv ausgerichtete Kinderwunschmotivation im Sinne einer Attraktivitätssteigerung des unsicher gewordenen Objektes. Inzwischen versteht die psychosomatische Forschung im Zuge der „Entpathologisierung“ (Brähler/Felder 2000: 127; Strauss/Brähler/Kentenich 2004: 29) steriler Paare auch die Kinderwunschfixierung nicht mehr als Ursache, sondern vielmehr als Folge der Sterilität und erfolglosen Kinderwunschbehandlung.

Die Aufmerksamkeit für die Problematik des überwertigen Kinderwunsches in der Kinderwunschbehandlung hat sich bis in die neuere Forschung gehalten. Rauprich/Berns/Vollmann (2011) finden in ihrer quantitativ-standardisierten PatientInnenbefragung (N = 1 590) bei nahezu der Hälfte der Befragten das subjektive Gefühl, während

der Behandlung die Kontrolle über die Situation verloren zu haben. 74 Prozent der Befragten haben die Erfahrung gemacht, dass ihr Kinderwunsch dermaßen übermächtig geworden ist, dass andere Ziele in ihrem Leben in den Hintergrund geraten sind. Für 80 bis 85 Prozent der PatientInnen sei es schwer oder sehr schwer, die erfolglosen Behandlungszyklen endgültig zu beenden.

Insgesamt bedeutet die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen für viele Paare sicherlich die positive Chance, bei Störungen ihrer Fertilität doch noch das gewünschte eigene Kind zu bekommen. Diesem Potenzial zum Abbau ungleicher biologischer Reproduktionschancen stellten, wie angeführt, feministische Kritikerinnen schon früh die Gefahr der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens gegenüber und sahen die Medizintechnik einer traditionellen Frauenideologie verhaftet. Spätere Debatten verwiesen auf spezifische Implikationen der Anwenderinnenpraxis wie die Kinderwunschfixierung oder den Kontrollverlust und schrieben diese Verstrickungsgefahren vornehmlich der Anreizstruktur und Charakteristika des medizinischen Angebotes zu. Die Offenheit für alternative Lebenspläne, ein realistischer Umgang mit den begrenzten Erfolgsquoten der Behandlung sowie geplante Behandlungsgrenzen auf Seiten der Paare gelten als Voraussetzung für den Erhalt von Autonomie bei wiederholt erfolglosen Behandlungszyklen (Groß 2004: 929). Es bleibt jedoch weitgehend ungeklärt, unter welchen sozialen und biographischen Voraussetzungen den Betroffenen dieser Umgang mit der Behandlung gelingen kann beziehungsweise wie sie umgekehrt den Verstrickungsgefahren der Kinderwunschbehandlung ohne biographischen Neuentwurf erliegen. Der Umgang mit der Behandlung etwa hinsichtlich der Durchführung der Behandlungsversuche in Austarierung mit den Aufgaben in anderen Lebensbereichen, der Beachtung der behandlungsimmanenten Belastungen oder der Art und Weise der endgültigen Behandlungsbeendigung bei Erfolglosigkeit hat jeweils eine sehr unterschiedliche individuelle Ausprägung. Die Biographieanalyse kann das Verständnis der Behandlungsgeschichten im Kontext der jeweiligen Lebenssituationen erweitern.

Das übergeordnete Erkenntnisinteresse der Untersuchung bezieht sich auf die differentiellen Umgangsweisen von ungewollt kinderlosen Frauen mit erfolglosen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (Insemination, IVF, ICSI) und fragt nach denjenigen ungleichen sozial-strukturellen, institutionellen und lebensgeschichtlichen Zusammenhängen, die diese Umgangsweisen bestimmen. Der vorliegende Aufsatz behandelt ein Teilergebnis der Untersuchung⁶. Hier soll am Fallbeispiel die Entwicklung einer *Extremfokussierung*⁷ auf den unerfüllten Kinderwunsch und dessen Behandlung nachgezeich-

6 Die Studie ist noch nicht veröffentlicht.

7 Entsprechend der Methodologie qualitativer Sozialforschung ist die Fragestellung weitgehend offen gewählt. Die analytische Aufmerksamkeit für das Phänomen, das ich als Extremfokussierung bezeichnen möchte, hat sich bei der Auswertung des Datenmaterials sukzessive entwickelt. Im Zuge dessen habe ich die Fragestellung gezielter auf Prozesse der Extremfokussierung und alternative Prozessverläufe, die sich in der Anwenderinnenpraxis im Umgang mit der Reproduktionsmedizin herstellen, gerichtet. Ich benutze den Begriff der „Extremfokussierung“ statt den des „überwertigen Kinderwunsches“, um mich von einer normativ wertenden Zuschreibung zu distanzieren, die angibt, es gäbe eine normale und gesunde Kinderwunschintensität. Der Begriff Extremfokussierung beschreibt einen Prozess der Intensivierung der Aufmerksamkeit auf den

net werden, die in ihrem Erscheinungsbild dem in der bisherigen Forschung bezeichneten Phänomen des überwertigen Kinderwunsches oder der Kinderwunschfixierung sehr nahekommt. Die Extremfokussierung stellt sich als massiver Leidensprozess der Frau dar, in dem die Betroffene eine zunehmend extreme Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Kinderwunsch und dessen Behandlung entwickelt, sich mit hoher Erwartung in die Erfolgsaussichten nächster Behandlungsversuche verstrickt und letztendlich das Scheitern der Behandlung als biographischen Orientierungszusammenbruch erlebt. Zur Veranschaulichung der Nicht-Zwangsläufigkeit derart schwieriger Leidensprozesse soll eine maximal unterschiedliche Fallentwicklung mit ihren konstituierenden Merkmalen knapp skizziert werden, die durch einen *kritisch-distanzierten Umgang* mit den erfolglosen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gekennzeichnet ist und in der die Frau das Scheitern der Behandlung letztlich gut in die Textur ihres Lebens integrieren kann. Als zentrale Bedingungskonstellationen für derartig unterschiedliche Fallentwicklungen stellen sich die frühen biographischen Orientierungsrahmen der Frauen auf Familie und Beruf und die späteren Paarkonzeptionen heraus. Sie zeigen sich in dem einen Fall als Risikokonstellationen, in dem anderen als Ressourcen für den Umgang mit wiederholt erfolglosen Behandlungszyklen. Die divergenten Fallverläufe machen sichtbar, dass Frauen mit unterschiedlicher biographischer Kontextuierung den Schwierigkeiten und Ambivalenzen erfolglos verlaufender reproduktionsmedizinischer Behandlungen ungleich ausgesetzt sind.

2 Methodisches Vorgehen

Die angewandte Methode der Biographieanalyse auf der empirischen Basis von autobiographisch-narrativen Interviews (Schütze 1981, 1984, 2006) verbindet interpretative Traditionslinien – insbesondere der Phänomenologie, des symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie. Sie gehört also dem interpretativen Forschungsparadigma an. Die Primärdaten in Form von selbstläufig – also weitgehend ohne Intervention der Interviewerin oder des Interviewers – erzählten Lebensgeschichten repräsentieren komplexe Fallentfaltungen und eröffnen den Blick für jene sozialen und biographischen Prozesse, die den reproduktionsmedizinischen Behandlungen vorausgehen, sie begleiten und ihnen folgen. Dazu gehören auch die durchaus schon frühzeitig angelegten biographischen Orientierungen auf Familie und Beruf und die späteren Konzeptionen der Paarbeziehung, wie sie sich in den lebensgeschichtlichen Sachverhaltsdarstellungen der befragten Frauen präsentieren. Der biographieanalytische Ansatz nimmt zunächst die Eigensicht der Frauen als Anwenderinnen der Medizintechnik zum Ausgangspunkt der Analyse. Davon ausgehend werden jene ungleichen sozialen und biographischen Zusammenhänge rekonstruiert, aus denen heraus sich die subjektiven Handlungsorientierungen entwickelt haben. Neben den Inhalten (*was erzählt wird*) wird gleichermaßen

Kinderwunsch und des Leidensdrucks aus Sicht der betroffenen Frauen (genauer im Abschnitt 3.1).

die formal-sprachliche Struktur der Darstellung (*wie* erzählt wird) betrachtet. Die analytische Beschränkung auf den subjektiv gemeinten Sinn kann so durch die Einbeziehung von Aspekten der Rationalisierung, der Ausblendung, der Distanzierung oder des Nicht-Bemerkten überwunden werden (Schütze 2005: 229ff.). Entlang des Einzelfalles werden das Geschehen und Erleben der ungewollten Kinderlosigkeit und der erfolglosen Behandlung in ihrem Verlauf und ihrer Veränderung im Gesamtzusammenhang der individuellen Biographie prozessanalytisch betrachtet und den Arbeitsschritten der Biographieanalyse unterzogen – der Textsortenanalyse, der strukturellen Beschreibung und der analytischen Abstraktion (Perleberg/Schütze/Heine 2006). Das vorläufige Problemverständnis des jeweiligen Umganges mit den Maßnahmen der Reproduktionsmedizin wird dann in systematischen Fallvergleichen weiter dimensional ausdifferenziert. Der systematische Fallvergleich dient dazu, denkbare Alternativen des Umganges mit der Reproduktionsmedizin zu erfassen, also die Spannweite der theoretischen Varianz im Sinne von Glaser/Strauss (1967).

Der im Folgenden dargestellte Fall der Marianne Stein⁸ wurde nach prozessanalytischer und fallvergleichender Bearbeitung aus einem Sample von insgesamt achtzehn autobiographisch-narrativen Interviews mit Frauen ausgewählt, deren reproduktionsmedizinische Behandlung ohne Erfolg (ohne die Geburt eines Kindes) verlief und die aus ihrer Sicht endgültig abgeschlossen ist. Der Kontakt zu dieser Informantin kam wie bei weiteren neun Informantinnen über ein einschlägiges Internetforum zustande (www.wunschkind.net; www.klein-putz.de, www.9monate.de). Weitere sechs Informantinnen wurden über eine Anzeige in der Mitgliederzeitung „Endo-Info“ der Selbsthilfeorganisation Bundesvereinigung Endometriose e.V. und weitere zwei nach Vermittlung durch zwei Beraterinnen des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID e.V.) kontaktiert. Der Fall Marianne Stein repräsentiert die Entfaltung einer sogenannten Extremfokussierung als eine von vier im Material rekonstruierten Alternativen der Haltung zum Kinderwunsch und zur reproduktionsmedizinischen Behandlung. Am Fallbeispiel der Carmen Richter soll anschließend eine ausbalanciert-kritische Haltung knapp kontrastierend angedeutet werden. In der Gesamtvarianz des Datenmaterials konnten weiterhin die Haltung des *Circulus vitiosus* und die ambivalente Haltung herausgearbeitet werden. Entlang der Chronologie der lebensgeschichtlichen Ereignisse werden zunächst die biographischen Voraussetzungen der Frauen vor Beginn der reproduktionsmedizinischen Behandlung und die Einbettung des Kinderwunsches in das Kompendium identitätsrelevanter Merkmale dargestellt. Danach folgt die Rekonstruktion der Art und Weise des Umganges mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung und ihrer Beendigung mit deren spezifischen soziobiographischen Einwirkungen, Herausforderungen und Handlungsstrategien.

8 Die Namen der Informantinnen sowie alle weiteren persönlichen Daten sind maskiert.

3 Ergebnisse

3.1 Der Fall Marianne Stein: Die Haltung der Extremfokussierung

3.1.1 Biographische Voraussetzungen vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung

Marianne Stein kommt Anfang der 1970er Jahre als letztes von insgesamt sieben Kindern in einer ländlichen Umgebung der DDR zur Welt. Die positiv erlebte Kindheit ist von einem engen Miteinander der Geschwister und der weiteren Großfamilie und dem gemeinsamen Erleben und Entdecken der dörflichen Umgebung geprägt. Diesen zentralen Erfahrungszusammenhang betont sie sprachlich mit der Wiederholung, dass „immer“ Kinder im Haus gewesen seien („es waren immer Kinder bei uns im Haus – immer“ MS: 20–21). Ihre Schulzeit beschreibt Marianne Stein mit der Aufzählung der Mitgliedschaft in gängigen Sozialisationsinstanzen der DDR wie Arbeitsgruppen, JungpionierInnen, FDJ⁹ nur in stark geraffter Form und evaluiert dieses institutionelle Ablaufschema¹⁰ als unproblematisch. Nach Beendigung der Schule ergreift sie in einem selbstbestimmten beruflichen Handlungsschema¹¹ die Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau, die sie am Heimatort erfolgreich absolviert. Bei der Beschreibung dieser Berufsentscheidung stellt sie allein diejenigen Motive heraus, die sie am ehesten mit Orientierungen des Sich-Kümmerns und Versorgens ihrer Familienangehörigen verbinden kann, wie die zu DDR-Zeiten schwierige Beschaffung guter Kleidungsstücke für die Kinder ihrer Geschwister. Von ihrer Familienorientierung unabhängige andere Sinnhorizonte, die etwa ihrer beruflichen Identitätsentwicklung hätten neuartige Impulse geben können, bleiben unerwähnt.

Als Marianne Stein dann erzählen will, wie sie ihren ersten Freund und späteren Ehemann während ihres ersten Ausbildungsjahres kennenlernt und er nach offenbar nur kurzer Zeit in ihr Elternhaus mit einzieht, muss sie in einer komplexen Hintergrundkonstruktion erzählen, dass ihre Mutter inzwischen verstorben war.¹² So wird in der

9 Die staatlichen Jugendorganisationen der Jung- und ThälmannpionierInnen, der fast alle Schulkinder in der DDR angehörten, waren der Freien Deutschen Jugend (FDJ) angegliedert.

10 Die biographische Prozessstruktur des institutionellen Ablaufschemas ist die lebensgeschichtliche Ausrichtung auf die Erfüllung institutionell vorgegebener normativer Erwartungen wie beispielsweise in der Ausbildungs- und Berufskarriere (Schütze 1981).

11 Die biographische Prozessstruktur des Handlungsschemas bezeichnet in der Biographieanalyse nach Schütze (1981) die selbstgesteuerte und handlungsorientierte Haltung zu den lebensgeschichtlichen Abläufen. Der Gegensatz dazu ist die biographische Prozessstruktur der Verlaufskurve des Erleidens (siehe Fußnoten 13 und 14).

12 Die Aussparung dieses relevanten Lebenschnittes an entsprechender Stelle ist wahrscheinlich ihrem Bemühen geschuldet, die Lebensereignisse vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung in einem unproblematischen Licht darzustellen und davon die reproduktionsmedizinische Behandlung als die Schattenseite ihres Lebens abzugrenzen. Schütze (1984: 103) spricht hier von einer autobiographischen Thematisierung, also demjenigen Gesichtspunkt, unter dem Marianne Stein ihre Lebensgeschichte selbst sieht und formulieren möchte. An ungeordneten Stellen der Sachverhaltsdarstellung, wie hier in der chaotischen Gestalt einer Hintergrundkonstruktion, zeigen sich solche tatsächlich abgelaufenen Erleidensprozesse in Diskrepanz zur autobiographischen Thematisierung schließlich doch.

Darstellung erst nachträglich deutlich, dass der Tod ihrer Mutter für die damals Sechzehnjährige eine sehr leidvolle Erfahrung war. Dominant in der Erfahrungs- und Erlebnisabfolge wird hier Marianne Steins Übernahme der bislang mütterlichen häuslichen und innerfamiliären Aufgaben. Offenbar waren fast alle Geschwister ausgezogen, daher obliegen ihr als einzigem im Elternhaus verbliebenem Mädchen wie selbstverständlich die komplette Haushaltsführung und zugleich die Sorge um den älteren Bruder. Zwar hadert sie durchaus mit dieser Übernahme der mütterlichen Aufgaben und erlebt diese im Vergleich zu Gleichaltrigen als Verhinderung ihrer Adoleszenz („Warst die einzige Frau noch im Haus. (-) Musstest dich von heute auf morgen um alles kümmern. (-) Haushalt. (..) Wenn andere sich schön zur Disco fertig gemacht haben, hast du noch dagestanden und hast (-) irgendwas gemacht.“ MS: 59–62). Im Wesentlichen aber akzeptiert sie diesen innerfamiliären Delegationsprozess, der ihr angesichts ihrer Geschlechtszugehörigkeit mit den daran gebundenen sozialen Zuständigkeitsregeln als quasi naturgegeben und folgerichtig erscheint. Marianne Stein übernimmt unhinterfragt das traditionelle Familienmodell ihrer Eltern, in dem für die innerfamiliären Aufgaben ausschließlich ihre Mutter als Frau zuständig war, die selbst keiner eigenen Berufstätigkeit nachging und die zentrale Bezugsperson für die Kinder blieb. Die Relevanz des Vaters im innerhäuslichen Bereich bleibt auch über den Tod der Mutter hinaus deutlich abgestuft.¹³

Als Marianne Steins heutiger Ehemann circa zwei Jahre nach dem Tod der Mutter in ihr Elternhaus mit einzieht, stirbt bald auch ihr Vater. Vor seinem Tod hat er Marianne Stein das elterliche Wohnhaus überschrieben. Offenbar ist an diese testamentarische Regelung die lebenslange Betreuung des behinderten Bruders geknüpft. Als Marianne Stein als Folge der politischen Wende 1989 zunächst ihre Arbeit verliert, kann sie diese Erfahrung als Teil einer kollektiven Verlaufskurvenenerfahrung¹⁴ sinnvoll in ihr Leben einbetten und alsbald handlungsschematisch auf dem Weg einer Umschulung zur Hotelfachfrau überwinden. Hatte der erste berufsbiographische Entwurf noch starke familienbezogene Sinnbezüge, ist dieser neue Entwurf vorrangig pragmatisch-situativer Art („und hab eigentlich erstmal richtig Geld verdient“ MS: 81). Zwar kann sie ihre finanzielle Sicherheit wiedererlangen, doch entwickelt sich ihr neuer Beruf nicht zum eigenständigen, identitätsfördernden Thema ihrer Biographie.

Während dieses wenig identitätsstiftenden beruflichen Handlungsschemas richten Marianne Stein und ihr Freund größere Umbauarbeiten am Haus auf die erwartete Familiengründung aus. Nach dem Beginn ihrer Tätigkeit als Hotelfachfrau wird das Thema der Familiengründung im Sinne einer traditionellen lebenszyklischen Ablauflogik von Berufsfindung – Heirat – Kinder dominant. Marianne Stein heiratet mit Anfang zwan-

13 Dieses traditionelle Familienmodell war in der DDR weniger üblich als in der Bundesrepublik. Für die Mehrheit der Frauen dominierte die Doppelorientierung an Beruf und Familie. Dennoch ist es im speziellen Fall der Marianne Stein der sozialisationswirksame Kontext ihrer Herkunftsfamilie.

14 Die biographische Prozessstruktur der Verlaufskurve bezeichnet in der Biographieanalyse einen Erleidensprozess, in dem sich die Betroffenen übermächtigen Ereignissen gegenüber ausgeliefert fühlen und eigene Handlungsmuster zusammenbrechen (Schütze 2006). Dieser kann im Zuge der Verwicklung in größere gesellschaftliche Prozesse, wie hier der Massenarbeitslosigkeit nach der innerdeutschen Wende 1989, kollektiv geteilt sein.

zig. Die in der Sachverhaltsdarstellung selbstverständliche Verknüpfung der Heirat mit dem Kinderwunsch macht deutlich, dass dem Handlungsentwurf des Kinderkriegens keine explizite Entscheidung vorausging. Schon seit Beginn ihrer Beziehung verhütet das Paar eine Schwangerschaft nur mit geringstem Aufwand. Nach der Hochzeit geben sie das minimale Verhütungsverhalten ganz auf. Ihr Kinderwunsch ist vorprädikativ, ihrem Lebensentwurf schon frühzeitig selbstverständlich inhärent.

Marianne Stein entwickelt circa zwei Jahre nach der Heirat ein Problembewusstsein bezüglich der Zeugungsfähigkeit, als ihr auffällt, dass nun schon fast ihr ganzer FreundInnen- und Bekanntenkreis Kinder hat oder schwanger ist. Dass sich ihre Problemwahrnehmung im Zuge des sozialen Vergleichs mit Gleichaltrigen entwickelt, zeigt auch eine gewisse homogene Sichtweise ihres sozialen Umfeldes darauf an, dass und wann eine Schwangerschaft lebenszyklisch einzutreten habe. Marianne Stein wendet sich an ihre Frauenärztin, die – vielleicht weil die biologische Zeit für das Kinderkriegen noch nicht drängt – erst nach einem Jahr befundloser Diagnostik eine Überweisung zu einer Fachärztin für Reproduktionsmedizin ausstellt.

An der Schwelle zur Reproduktionsmedizin bringt Marianne Stein als zentrale biographische Voraussetzung eine frühe Monofokussierung auf die Mutterschaft innerhalb eines traditionell-bürgerlichen Familienmodells mit, gegenüber der sie andere biographische Relevanzen wie die der beruflichen Entwicklung deutlich nachgeordnet behandelt. Diese Monofokussierung erschließt sich lebensgeschichtlich als Teil des Delegationsprozesses einer traditionellen Mutter- und Hausfrauenrolle durch ihre Herkunftsfamilie an sie („Und es war ja auch nie nur eins geplant. Bei meinem Mann das waren vier Geschwister. Wir waren sieben Geschwister.“ MS: 421–422). Die Eheschließung zieht aus der angestrebten Familiengründung ihre zentrale Legitimation und Sinnerfüllung. Dem gegenüber verfügt Marianne Stein nicht über die Ressource eines von der Familiengründung unabhängigen, eigenständigen Themas, beispielsweise in Bezug auf ihre Beruflichkeit.

3.1.2 Die medizinisch-institutionelle Prozessierung und ihre soziale und biographische Einbettung

Nach der Abklärungsdiagnostik der Fachärztin für Reproduktionsmedizin erfährt Marianne Stein von der Zeugungsunfähigkeit ihres Mannes. Eine spontane Schwangerschaft ist damit ausgeschlossen.

„Du hattest mit allem gerechnet, aber nicht damit. (I: Hm) Also (...) Na ja (-) ich erstmal losgeheult und rausgerannt. (-) Und hab mich da auf den Flur gesetzt. Da war erstmal (Lied) aus. Da ging erstmal gar nichts.“ (MS: 130–134).

Dieser für das Paar schockierende Befund leitet bei Marianne Stein plötzlich und unvorbereitet den biographischen Prozess einer *Verlaufskurve des Erleidens*¹⁵ ein, die durch

15 Das Verlaufskurvenkonzept ist ein grundlagentheoretisches Konzept zur Beschreibung chaotischer und ungeordneter Ausschnitte sozialer Realität. Es wurde auf der Grundlage von Vorarbeiten der

die Perspektive des Ausgeliefertseins gegenüber als übermächtig erlebten Ereignissen und den Verlust von selbstgesteuerten Handlungskompetenzen gekennzeichnet ist (Schütze 2006). Ihre biographischen Voraussetzungen wirken hier nun als besonderes *Verlaufskurvenpotenzial*, der lebensgeschichtliche Bedingungsrahmen für das Wirksamwerden einer Verlaufskurvenerfahrung (Schütze 2006): Mit der biographischen Voraussetzung ihrer Monofokussierung auf die frühe Mutterschaft droht ihr biographischer Entwurf zusammenzuberechnen. Die Reproduktionsmedizin avanciert schnell zum alleinigen Hoffnungsträger. Ohne Abwägung ergreift das Paar die Behandlungsmaßnahmen wie eine Art Rettungsanker („Da haben wir gar nicht drüber nachgedacht. (..) Auch ich nicht, dass ich da jetzt/ was da alles auf mich zukommt. Das war mir eigentlich egal.“ MS: 846–847). Die Verlaufskurve stabilisiert sich.

Insgesamt unternimmt Marianne Stein in den kommenden vier Jahren fünf erfolglose Behandlungsversuche mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung¹⁶. Von Beginn an gelingt ihr keine zeitlich selbstbestimmte Behandlungsplanung, in der sie die Behandlungswiederholungen mit ihrem psychischen Befinden und einer reflexiven Bearbeitung der erfolglosen Behandlungsversuche, ihres Leidens an der Kinderlosigkeit und der Entwicklung einer biographischen Neuausrichtung hätte abstimmen können. Für den ersten Behandlungsversuch muss das Paar aufgrund der damals geltenden Zuzahlungsbestimmungen fast ein Jahr lang die finanziellen Mittel ansparen. Als der Versuch scheitert, gelingt es Marianne Stein durch die Aussicht auf eine Behandlungswiederholung, ein labiles Gleichgewicht der Verlaufskurvenerfahrung wiederherzustellen. Doch haben die Krankenkassen inzwischen die Leistungen aus dem Katalog der GKV gestrichen. Weil dem Paar eine Eigenfinanzierung nicht möglich ist, setzt Marianne Stein dem drohenden Behandlungsende eine Klage beim Sozialgericht entgegen. Die gerichtlichen Auseinandersetzungen nötigen Marianne Stein zu einer erneuten „Zwangspause“ (MS: 165). Auffällig ist die hohe Risikobereitschaft, die Marianne Stein gegenüber Behandlungsrisiken zeigt: Die Krankenkassen hatten die Finanzierung der ICSI-Methode vorübergehend ausgesetzt,

Chicago-Soziologie von Anselm Strauss für Erleidensprozesse bei Krankheiten entwickelt und von ihm als „trajectory“ (Verlaufskurve) bezeichnet (Strauss et al. 1985). Fritz Schütze hat das Konzept für die Methodik der Biographieanalyse aufgegriffen und auf der Basis zahlreicher empirischer Arbeiten auf der prozessanalytischen Ebene hinsichtlich seiner sequenziellen Ordnungsstruktur weiter ausdifferenziert (Schütze 2006: 212ff.). Für den biographischen Prozess der Verlaufskurve sind folgende Stadien ausgearbeitet worden (Schütze 1981: 95ff.): 1) Aufbau eines Verlaufskurvenpotenzials, 2) plötzliche Grenzüberschreitung des Wirksamwerdens des Verlaufskurvenpotenzials mit der Erfahrung des Schocks, 3) Versuch des Aufbaus eines labilen Gleichgewichtes der Alltagsbewältigung, 4) Entstabilisierung der Verlaufskurve („Trudeln“) durch erneute unkontrollierbare Ereigniskaskaden und Anstrengungen der Bewältigung, 5) Zusammenbruch der Alltagsorganisation und der Selbstorientierung, Erfahrungen der Fremdheit sich selbst gegenüber und der vollständigen Handlungsunfähigkeit, 6) Versuche der theoretischen Verarbeitung des Orientierungszusammenbruchs und der Verlaufskurve, 7) praktische Versuche der Bearbeitung und Kontrolle der Verlaufskurve. Die Stadien der Verlaufskurvenentfaltung müssen nicht in dieser Reihenfolge aufeinanderfolgen, können sich auch mehrmals wiederholen oder ausgelassen werden (etwa das Stadium der Bearbeitung). Es gibt begleitende Prozesse wie die unerwartete Transformation der Verlaufskurve auf andere Lebensbereiche, die bisher nicht betroffen waren.

- 16 Es handelt sich um vier Behandlungen mit den Methoden ICSI (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion) kombiniert mit TESE/MESA (der operativen Entnahme von Spermien aus dem Nebenhoden oder Hodengewebe) und eine Behandlung nach Kryokonservierung der befruchteten Eizelle.

weil sich wissenschaftliche Zweifel an deren Unbedenklichkeit für die Gesundheit der auf diese Weise gezeugten Kinder ergeben hatten. Die eventuell erhöhte Fehlbildungsrate sei Marianne Stein „egal“ gewesen („Ist mir doch egal. Ich will das jetzt.“ MS: N: 679). Auch das erhöhte Mehrlingsrisiko der künstlichen Befruchtung¹⁷ ging sie in den weiteren Behandlungen sogar mit einer gewissen Vorfreude auf mehrere Kinder ein („Wenn’s auch Drillinge werden, na und. Dann hab ich drei.“ MS: N: 681). Weiterhin wird eine zügige Aufmerksamkeitsfokussierung auf die medizinischen Körpervorgänge deutlich: Marianne Stein übernimmt einen medizinisch-objektivierenden Blick auf ihren eigenen Körper, indem sie sich in ihrer Beobachtung der körperinneren Prozesse medizinische Evaluationskriterien aneignet, aber Aspekte des inneren Erlebens weitgehend ausblendet („Denkst gleich beim ersten Mal, das klappt und so. (...) Na ich musste denn (-) diese Hormonspritzen (und alles) /Eizellen waren auch kein Problem, hatte ich auch genug. Befruchtung hatte geklappt. (...) Dann wurden se eingesetzt“ MS: 156–158). Später im Nachfrageteil des Interviews kommentiert Marianne Stein, dass sie sich für die Behandlungen körperlich gequält habe. Beim Spritzesetzen sei sie „fast gestorben“ (MS: 594), sie sei „fett“ (MS: 603) geworden und bei der Follikelstimulation habe sie Schmerzen gehabt. Dieses Körpererleben erzählt sie jedoch im Darstellungsduktus, alles Mögliche für ein Kind investiert zu haben, während andere Frauen ihre Kinder ungewollt bekämen. Für ihre Haltung zum eigenen Körper bleibt auch in dieser nachträglichen Beschreibung das intensive Ringen um sein Funktionieren auch unter Qualen bestimmend. Zu ihrem Körper entwickelt sie eine instrumentelle Haltung, in der sie ihren unbedingten Wunsch nach einem eigenen Kind dem eigenen körperlichen und psychischen Wohlbefinden überordnet.

Nach dem Erfolg der Klage auf Kostenübernahme unternimmt das Paar sofort den zweiten Behandlungsversuch. Das Scheitern dieses Versuches führt zu einer starken psychischen Destabilisierung, woraufhin ihr Hausarzt Marianne Stein zu einer ärztlichen Psychotherapeutin überweist. Zu dem Zeitpunkt wird Marianne Stein sich in ihrem Leidensprozess selbst fremd und kann sich kaum mehr als Akteurin ihrer eigenen Lebensgeschichte begreifen. Zur Beschreibung ihres eigenen Befindens muss sie auf die Perspektive der Psychotherapeutin zurückgreifen („Und die hat festgestellt, dass ich eigentlich damit gar nicht klar komme.“ MS: 196). Dem Arbeitsbündnis mit der Psychotherapeutin fehlt es allerdings an zeitlichem Freiraum zur Entfaltung der notwendigen biographischen Arbeit. Zu sehr steht Marianne Stein unter dem Druck der sie behandelnden Reproduktionsmedizinerin, die ihr wegen der anstehenden Gesundheitsreform rät, die verbleibenden zwei Behandlungsversuche schnellstmöglich durchzuführen („Warten Sie nich solange! Wenn die Gesundheitsreform kommt und sie kriegen’s nich mehr bezahlt.“ fing die immer an.“ MS: 216–217). Die Reproduktionsmedizinerin erkennt hier nicht die Notwendigkeit der psychischen Verarbeitung der erfolglosen Behandlungen. Die Komplexität des subjektiven Leidens an der Kinderlosigkeit wird vereinfacht als medizinisch behandelbares Problem behandelt. Mögliche Aspekte der

17 Die durchschnittliche Mehrlingsrate nach künstlicher Befruchtung liegt bei über 20 Prozent (DIR 2012). Marianne Stein lässt sich sogar drei befruchtete Eizellen einsetzen, die Höchstzahl des legalen Embryonentransfers.

gemeinsamen Arbeitsbeziehung, wie etwa die Besprechung des Umgehens mit dem negativen Behandlungsergebnis, die Verabredung einstweiliger Behandlungspausen, die Tröstung und ein umsichtiges Hinweisen auf alternative biographische Planungen bleiben außer Acht. Marianne Stein verfängt sich in der impliziten Erfolgsverheißung der Reproduktionsmedizin und erlebt sie als Kontrollgewinn.

„Na ja dann haben wir dann ´n dritten Versuch in Angriff genommen. ((zündet eine neue Zigarette an)) Es war dann immer so, wenn ich wusste es geht weiter, da ging's wieder. Da war das auch psychisch/ da haste wieder/ war halt warst du immer in so ´nem Loch und irgendwann warst du draußen und so jetzt geht's weiter/ jetze/ jetzt klappt's auch. Weil aller guten Dinge sind drei. Jetzt kann da nischt passiern.“ (MS: 201–206).

Die Behandlungsversuche werden jetzt gemäß der Logik eines Glücksspiels reklassifiziert, nach der nicht allein die einfache Hoffnung, sondern in der Manier einer Spielerin/eines Spielers magische Symboliken der Zahlenreihenfolge die Erfolgserwartung bestimmen.

Zusätzlich findet Marianne Stein auch in ihrem Ehemann keinen signifikanten Anderen für die Entwicklung einer biographischen Neuorientierung. Zwischen dem Ehepaar stellt sich im Behandlungsverlauf vielmehr eine Kommunikationsanomie ein, in der ihr Mann der Enttäuschung seiner Frau einzig mit dem schnellen Entschluss zur Behandlungswiederholung begegnet. Auch ihm fehlen die Ressourcen für einen reflexiven Umgang mit der bleibenden Kinderlosigkeit oder für einen Neuentwurf der Paarbiographie. Entsprechend fehlen in der Sachverhaltsdarstellung Marianne Steins Schilderungen darüber, wie ihr Mann die erfolglosen Behandlungen erlebt hat und wie sie die Aussicht auf eine bleibende Kinderlosigkeit gemeinsam kommunikativ bearbeitet haben. Auch dass die Ursache der Kinderlosigkeit auf der Seite des Mannes diagnostiziert wurde, wird kein offenes Thema zwischen dem Paar. Beide konzentrieren sich wie selbstverständlich auf die mit der nächsten künstlichen Befruchtung verbundene Hoffnung auf ein biologisch eigenes Kind. Der dritte erfolglose Behandlungsversuch wirkt sich auf den psychischen Zustand von Marianne Stein verheerend aus und leitet eine Extremfokussierung ein.

„Und dann warst du ja dann mittlerweile schon so, dass du nur noch (-) von dem (-) Drang bestimmt warst: ‚Du willst jetzt ´n Kind!‘ Das war ganz schlimm. Da hat sich alles danach gerichtet. Egal was du gemacht hast.“ (MS: 222–224).

Im Zuge des Rhythmus aus wiederholter Erfolglosigkeit und erneuter Hoffnung entwickelt sich bei Marianne Stein ein extremer „Drang“, endlich ein eigenes Kind zu bekommen. Angesichts der Bedeutungssteigerung des begehrten Kindes bleiben kaum andere biographische und soziale Wertigkeiten, wie die partnerschaftliche Beziehung oder berufsbiographische Thematisierungslinien, neben dem Kinderwunsch bestehen. Zugleich verändern sich die sozialen Beziehungen Marianne Steins: Sie entwickelt intensive Neidgefühle gegenüber anderen Frauen sowie das starke Empfinden, ein ungerechtes Schicksal zu erleiden. Zusätzlich entwickelt sie eine spezifische Wahrnehmungsfokus-

sierung und sensible Verletzungsdisposition gegenüber Kindern anderer Frauen, die ungefähr in demselben Alter sind, wie ihre Kinder gewesen wären, hätte dieser oder jener medizinische Behandlungsversuch geklappt. Von ihrem sozialen Umfeld einschließlich ihrer Geschwister, die offenbar alle eine eigene Familie gegründet haben, zieht sie sich vollständig zurück und begibt sich in eine soziale Position des „no one to turn to“ (Sacks 1966¹⁸). Ihr fehlen damit signifikante Andere zur Bearbeitung ihrer Kinderlosigkeit.

Marianne Stein erlebt intensive Angst- und Panikgefühle vor der endgültigen Kinderlosigkeit, die zusätzlich von der ablaufenden Behandlungszeit angetrieben werden („Da hast du richtig Panik gehabt davor. Eigentlich hast du dich gefreut, dass du weitermachen kannst. (.) Auf der anderen Seite hast du auch richtig Angst gehabt. ‘Wenn das jetzt nicht klappt, was dann?’“ MS: 278–280). Von der Krankenkasse ist noch ein letzter Behandlungsversuch bewilligt. Mit der Formulierung „wenn das jetzt nicht klappt, dann ist das Lied aus. Dann geht gar nichts mehr.“ (MS: 277–278) stellt sie dar, dass ihr im Falle der endgültig erfolglosen Therapie keinerlei innere Bilder für ein Leben ohne Kind zur Verfügung stehen. Diese Aussicht ist derart bedrohlich, dass sie sogar Suizidgedanken entwickelt:

„Da hab da wirklich manchmal drüber nachgedacht ‚Jetzt nimmst du ‘n Strick und hängst dich hin‘ (-) oder ‚Schmeißt dich mit vorn Zug.‘ oder ‚Fährst mit Auto vorm Baum.‘ oder / hab ich mir immer gesagt ‚Also nee, das willst du nich. Das geht nich.‘ Weil das war so ‘n Teil in meinem Leben, was/ das gehört einfach dazu und das wolltest du. Und wenn das nich geht dann/ willst du auch gar nicht weitermachen.“ (MS: 285–290).

Sie befindet sich in einer „Hop-oder-Top-Situation“, entweder alles oder nichts. Um die Situation wieder kontrollieren zu können, startet sie eine intensive Informationssuche nach weiteren medizinischen und außermedizinischen Möglichkeiten, die Entstehung einer Schwangerschaft durch den letzten Behandlungsversuch günstig zu beeinflussen. Dieses Strohalm-Handlungsschema steht zugleich im Zeichen des Vertrauensverlustes zu ihrer behandelnden Ärztin. In dieser Zeit ist sie mehrere Male bei der Psychotherapeutin. Die therapeutische Arbeit kann aber wieder wegen des Drängens der Ärztin zur baldigen Behandlungswiederholung wiederum nicht wirksam werden.

Das Scheitern des letzten Behandlungsversuches erlebt Marianne Stein als Zusammenbruch ihrer Alltags- und Selbstorientierung („Ist ‘ne Welt zusammengebrochen. Da hab ich mich da tagelang zuhause auf die Couch gesetzt. Ich wollte keinen sehen, keinen hören.“ MS: 318–319). Durch die Kryokonservierung einiger überschüssiger Eizellen beim letzten Versuch eröffnet sich jedoch wiederum eine neue Möglichkeit künstlicher Befruchtung. Im Zuge einer erneuten Diagnostik in einer anderen reproduktionsmedizinischen Praxis wird dann jedoch bei Marianne Stein selbst eine Grunderkrankung¹⁹ festgestellt, die jegliche Aussicht auf Behandlungserfolg zunichte macht. Zudem wird ihr eröffnet, dass sie angesichts dieser Erkrankung nie eine Empfängnis- und Austra-

18 „The Search for Help. No One to Turn to“ lautet der Titel der Doktorarbeit von Harvey Sacks, der die Anrufe von Freitod-Beabsichtigenden bei der Telefonseelsorge untersucht.

19 Aus Gründen der Anonymisierung wird auf die Bezeichnung der Erkrankung verzichtet.

gungschance gehabt hatte. Marianne Stein reagiert mit einer massiven psychischen Destabilisierung und dem Zusammenbruch ihrer Handlungs- und Orientierungskompetenzen („hatte ich ’n Nervenzusammenbruch. Da ging gar nichts mehr“ MS: 356). Auf ihren Wunsch interveniert ihr Hausarzt eine Zeitlang mit starken Psychopharmaka („Mein Mann hat Tabletten gekriegt, die er mir zuteilen musste. [Der Arzt] sagte: ‚Gib die ja nich auf einem Haufen deiner Frau, sonst hast du sie morgen nich mehr.‘ Der kannte mich eigentlich (-) sehr gut.“ MS: 337–359).

Bei Behandlungsabschluss ist Marianne Stein Anfang dreißig. Zum Interviewtermin über zwei Jahre später steht ihre notwendige biographische Arbeit noch immer still. Insbesondere ihr eigentheoretisches Festhalten an einem traditionell-bürgerlichen Familienmodell (bzw. am Modell einer modernen Kleinfamilie) und ihre traditionelle Geschlechtskonzeption blockieren einen biographischen Neuentwurf:

„Aber der Wurm, der da gewesen wäre, den hätte es nur gegeben, weil’s uns gibt. Das wär das Einzige gewesen, was wirklich/ was es wirklich so nur gegeben hätte, weil’s uns gibt. Und das war eigentlich (-) immer ganz wichtig für uns. Das sollte ja immer. Wie wenn das eigentlich so klassisch/ klassisch ist. So das ist jetzt die Krönung des Ganzen.“ (MS: 416–420).

Marianne Steins Ehe sollte in der Elternschaft ihre Vollendung finden, die Einzigartigkeit der Paarverbindung sollte im gemeinsamen und genetisch eigenen Kind Ausdruck finden. Diese Theorie der Sinneinheit von Liebe, Ehe und Elternschaft zeigt ihre starke Orientierung an traditionellen Beziehungsnormen, mit der sie andere Modelle gemeinsamer Lebensführung von Mann und Frau abwehrt. Die Konzeption von Familie als Beziehung der Eltern zum genetisch eigenen Kind wird zu einer Art Immunisierungstheorie, die die Entwicklung von Lebensmodellen sozialer Elternschaft durch Adoption verhindert. Ihre derzeitige Paarbeziehung wertet Marianne Stein im Vergleich zu einer gleichsam „echten“ Ehe stark ab: „Wenn wir jetzt, wenn wir manchmal so abends hier sitzen wie die zwei Alten aus der Muppet-Show, die da oben auf ihrer Kanzel sitzen“ (MS 423–424). Die doppelte Symbolik des Bildes der „zwei Alten aus der Muppet-Show“ liegt zum einen in der sozialen Außenseiterposition ihrer Paarbeziehung. Wie die beiden Alten sei das Paar nun dazu bestimmt, das wirkliche Leben wie unbeteiligte Zuschauer zu beobachten. Es gelingt Marianne Stein nicht, die Sinneinheit von Ehe und Elternschaft zu entkoppeln, um ihre Paarbeziehung als eigenständig wertvoll erfahren zu können. Zum anderen sieht Marianne Stein sich und ihren Mann vorzeitig an einem biographischen Endpunkt angelangt, eine biographische Zukunft scheint aus ihrer Sicht für das Paar zusammengebrochen zu sein.

Zusätzlich definiert Marianne Stein ihre Geschlechtsidentität als Frau weiterhin ganz zentral über die Gebärfähigkeit.

„(Ja) Bist du überhaupt ’ne Frau? (..) Wieso bist du eigentlich ’ne Frau, wenn du keine Kinder kriegen kannst? Weil du kriegst das ja schon als kleines Kind schon (...) so eingeimpft, dass du als Frau/ spielst mit Puppen. Das ist ja eigentlich deine Rolle im Leben, die du zu bestreiten hast. Als Frau Kinder zu kriegen, Hausfrau zu sein, Mutter zu sein. (-) Und eigentlich/ du planst dein ganzes Leben in die Richtung.“ (MS: 404–409).

Die Kinderwunschbehandlung stand somit auch im Dienste der Reparatur ihrer beschädigten Geschlechtsidentität. Die endgültige, nun auch eigene Sterilität stellt ihre Geschlechtsidentität grundsätzlich infrage. Zwar reflektiert sie ihre frühen Sozialisationsbedingungen, die zur Herausbildung ihrer Geschlechtsidentität geführt haben, jedoch ohne sie in Zweifel zu ziehen. Marianne Stein fehlt eine neue Geschlechtskonzeption, die unabhängig von ihrer Gebärfähigkeit bestehen kann.

Zusammenfassend stellt sich der Umgang von Marianne Stein mit dieser Situation als die Entwicklung einer Extremfokussierung auf die Reproduktionsmedizin und den Kinderwunsch dar. Diese extreme Fokussierung ist gekennzeichnet durch einen massiven Leidensdruck, der sich mit wiederholt erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlungen bis zu Gefühlen der Angst und Panik steigert und die psychische Integrität Marianne Steins stark gefährdet. Erlebt wird eine Bedeutungssteigerung des ersehnten Kindes, wobei andere biographische Thematisierungslinien, wie die partnerschaftliche Beziehung oder berufsbiographische Aspekte, verkümmern. Es dominieren die Erfahrung eines inneren Kontrollverlustes und die Ausrichtung auf ein Strohalm-Handlungsschema, indem sie ihr Handeln auf die Suche nach jeder erdenklich erscheinenden Möglichkeit ausrichtet, eine Schwangerschaft zu erzielen. Die behandelnde Ärztin wird zur zentralen Hoffnungsträgerin, dies jedoch mit äußerster Fragilität der Vertrauensbeziehung. Es entwickelt sich ein zunehmend instrumenteller Umgang mit dem eigenen Körper, indem die eigenen Zumutbarkeitsgrenzen hinsichtlich der psychischen und physischen Belastungen deutlich erhöht werden. Es zeigt sich eine hohe Bereitschaft, medizinische Risiken einzugehen. In der Extremfokussierung verändern sich die sozialen Beziehungen der Frau, sie gerät in eine soziale Außenseiterinposition mit einer massiven Aufmerksamkeitserhöhung und Verletzungsdisposition gegenüber Frauen mit kleinen Kindern. Die Sinn- und Legitimationsbasis der Partnerschaft wird dermaßen infrage gestellt, dass die Partnerschaft in ihrem Fortbestand grundsätzlich gefährdet ist. Im Fall der Marianne Stein stellt sich eine Kommunikationsanomie zwischen dem Paar ein, in der es dem Paar unmöglich erscheint, biographische Alternativen zu entwickeln. Der Prozess der Extremfokussierung wird vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund plausibel, dass Marianne Stein ihre biographische Orientierung frühzeitig zentral auf die eigene Mutterschaft ausgerichtet hat und die Konzeption ihrer Ehe von Normierungen eines traditionellen Partnerschafts- und Familienmodells mit stereotyper Geschlechtsrollendefinition geprägt ist. Zusätzlich steht der Prozessverlauf der Extremfokussierung stark unter dem subjektiven Eindruck ablaufender Zeit zur Realisierung einer Schwangerschaft.

3.2 Der Fall Carmen Richter: die ausbalanciert-kritische Haltung

Im ausgewählten Kontrastfall kann sich die betroffene Frau von der Erfolgsverheißung der Reproduktionsmedizin distanzieren und auch mit Unterstützung des Partners neue biographische Themen finden.

3.2.1 Die biographischen Voraussetzungen vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung

Carmen Richter kommt in den 1960er Jahren als Nachzüglerin in einer Familie mit insgesamt fünf Kindern zur Welt. Ihr Vater führt als Arzt eine eigene Praxis. Ihre Mutter arbeitet darin als angelernte Sprechstundenhilfe mit, unterbrochen von Zeiten der Geburt und Betreuung ihrer Kinder. Carmen Richters positive Kindheitserinnerungen sind geprägt durch den relativen Wohlstand ihrer Eltern, die Großzügigkeit ihres Elternhauses, das Beisammensein mit den Geschwistern und Nachbarskindern sowie ihre positive Beziehung zu weiteren Bezugspersonen, die als Angestellte im Haus ihrer Eltern tätig sind.²⁰ Kurz vor ihrem Abitur lernt sie ihren späteren Ehemann kennen und beschreibt ihn in Gegensatzanordnung zu ihrer eigenen sozialen Herkunft und Bildungsaspiration: Anders als sie habe er kein Studium angestrebt, sondern eine Berufsausbildung gemacht. Da sie sich zukünftig nicht als beruflich höher positioniert als ihren Mann sehen will, bricht sie ihr Studium ab und absolviert ebenfalls eine Berufsausbildung. Diese Anpassungsleistung ist auch Ausdruck ihres traditionellen Familien- und Partnerschaftskonzeptes, in dem sie sich vorrangig als baldige Mutter und Hausfrau sieht und ihrem Mann die Karriere überlassen will. Als sich ihr Mann aus ihrer Sicht überraschend von ihr scheiden lässt, als sie Ende zwanzig ist, bricht ihr Lebensentwurf zusammen („Also das war schon ziemlich heftig. (-) Sprich (-) mit diesem Mann wollte ich Kinder, hatte keine. Wobei es nicht unbedingt die Entscheidung war, mit diesem Mann jetzt Kinder haben zu wollen, sondern einfach überhaupt so dieses Bild so von Familie haben wollen, Kinder haben wollen, zu verwirklichen.“ CR: 129–132). Die biographische Verlaufskurve des Erleidens wird virulent.

Carmen Richter kann mithilfe ihrer tragfähigen sozialen Beziehungen zu ihrer Herkunftsfamilie und zu FreundInnen diese Verlaufskurve zugunsten eines komplexen Wandlungsprozesses ihrer Identität (Schütze 1991) bearbeiten und überwinden. Erst über sich selbst verwundert, dann zunehmend zielstrebig verfolgt sie die Idee, sie könne ihr Leben noch einmal neu anfangen und nun studieren. Zusätzlich macht ihr zweiter Ehemann, den sie circa ein Jahr nach ihrer Scheidung kennenlernt, sie mit einem neuartigen Partnerschaftsmodell vertraut, in dem beide die gleichberechtigte Freiheit zur selbstbestimmten Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung wertschätzen. Auch lernt sie über ihre positive und innige Beziehung zum Sohn ihres zweiten Mannes das Modell sozialer Mutterschaft kennen. Im Zuge dieses doppelten Wandlungsprozesses in Beruf und Partnerschaft positioniert sie auch ihren Kinderwunsch neu: Die fraglos-selbstverständliche Kopplung von Liebe und Elternschaft wird gelöst, ein gemeinsames Kind wird nur zur optionellen Variante der Lebensplanung, die begründet werden kann und muss. Zudem ist ihr Kinderwunsch nun in andere, davon unabhängige lebensgeschichtliche Themen, wie die Identifizierung mit einer sinnerfüllten Berufslaufbahn, eingeflochten:

20 Die unterschiedliche Informationsdichte der Informantinnen zum Beispiel zur sozialen Herkunft und zum Beruf der Eltern ist Resultat der eigenen Relevanzsetzungen in den Sachverhaltsdarstellungen.

„Und hab dann auch zu mir gesagt: ‚Okay, du willst ‘n Kind.‘. Aber dieses **ausschließliche Warten** auf ein Kind und nichts machen, weil es lohnt ja nicht, dass du was anfängst, weil du kriegst ja sowieso bald ‘n Kind, das machste nicht mehr.“ (CR: 338–341).

3.2.2 Die medizinisch-institutionelle Prozessierung und ihre soziale und biographische Einbettung

Carmen Richter beginnt mit Mitte dreißig ihre ungefähr sechsjährige reproduktionsmedizinische Behandlung. Während dieser Zeit bleibt der berufliche und private Wandlungsprozess ihrer Identität überwiegend ihrer zweiten biographischen Verlaufskurve des Erleidens, die im Zuge der erfolglosen Behandlung entsteht, übergeordnet. Sie unternimmt insgesamt mehrere hormonelle Stimulationsbehandlungen, vier oder fünf Inseminationen und drei künstliche Befruchtungen (IVF, ICSI).

Sie entwickelt im Wesentlichen eine ausbalanciert-kritische Haltung zur Reproduktionsmedizin, in der sie das eigene Behandlungsmanagement vorrangig daran ausrichtet, die behandlungsbezogenen psychischen, physischen und organisatorischen Belastungen mit den Erfordernissen anderer Lebensbereiche, wie ihrem Beruf, auszubalancieren. Es dominieren eine eigene sorgsame Wachsamkeit gegenüber den behandlungsbezogenen Belastungen und das Bemühen, die eigene psychische Versehrbarkeit zu schützen. Mehrmals legt sie selbstbestimmt sogar mehrjährige Behandlungspausen ein. Sie kündigt Arbeitsbeziehungen zu verschiedenen ÄrztInnen, die ihren umfassenden Erwartungen an das Arbeitsbündnis nicht entgegenkommen, wie etwa hinsichtlich der umfassenden Aufklärung, der Beachtung ihrer aktuellen biographischen Situation mit ihren parallelen Aufgaben, der Beachtung der Qualität ihrer Paarbeziehung und der möglichen behandlungsabhängigen Beeinträchtigung der Beziehung (etwa im Bereich der Sexualität) oder der ärztlichen Berücksichtigung ihres psychischen Erlebens der Behandlung. Gegenüber ihrem eigenen Körper nimmt sie ein schützend-reflexives Verhältnis ein, wobei Befürchtungen um potenzielle Langzeitschäden der Hormonbehandlungen maßgeblich zur Distanzierung von der Reproduktionsmedizin beitragen.

Als Carmen Richter mit knapp 40 Jahren ihre biologische Altersgrenze für eine Schwangerschaft in den Blick nimmt und erneut eine Praxis für Reproduktionsmedizin aufsucht, spitzt sich angesichts der ablaufenden Zeit die Verlaufskurve des Erleidens dramatisch zu. Im Zuge der drei kurz aufeinanderfolgenden erfolglosen künstlichen Befruchtungen fokussiert sie sich vorübergehend auf die Behandlung, stellt andere Lebensbereiche zurück und entwickelt einen instrumentellen Blick auf ihren Körper. Ihre starke psychische Destabilisierung kann sie schließlich mithilfe ihres Mannes, der ihre tiefgehende biographische Arbeit am individuellen Lebensentwurf und auch am paarbiographischen Entwurf anstößt, und mit den Sinnressourcen ihres anhaltenden beruflichen Wandlungsprozesses in Form einer akademischen Laufbahn bearbeiten. Sie beendet die Behandlung endgültig, obwohl eine medizinische Weiterbehandlung noch möglich gewesen wäre.

Die zentralen Ressourcen für diesen geordneten und selbstbestimmten Rückzug aus der Reproduktionsmedizin sind ihre befriedigende Berufskarriere und das eher part-

nerschaftliche Beziehungskonzept, das sie und ihr Mann teilen. Darin wird Eigenständigkeit und Selbstverwirklichung großer Wert beigemessen, ein gemeinsames Kind ist zur Option geworden. Mit Unterstützung ihres Mannes und vor dem Hintergrund ihrer positiven Beziehung zu ihrem Stiefsohn entwickelt Carmen Richter ein neues Zukunfts- und Lebensmodell der weiterführenden akademischen Karriere kombiniert mit dem Vorhaben der Adoption eines Kindes.

4 Fazit

Die eingangs zitierte feministische Kritik an der Implementierung von Reproduktionstechnologien in der Medizin zielte auf eine damit verbundene fortwährende Herstellung und Legitimierung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten zu Lasten der Frau. Sie unterstellt aber auch, dass Frauen als Projektionsflächen für neue biomedizinische Machbarkeiten dienen und sozialen Normierungen erliegen. Die Frauen- und Geschlechterforschung bearbeitete seither zunehmend differenziert die Ambivalenzen und die sozialen wie emotionalen Auswirkungen der Anwendung der Technik auf ihre konkreten Nutzerinnen (vgl. Graumann/Schneider 2003; Brähler/Ströbel-Richter/Hauße 2002; Bockenheimer-Lucius/Thorn/Wendehorst 2008; Kuhlmann/Kollek 2002). Auch der lebensweltliche Kontext, in dem Paare Kinder bekommen, ist seit der Etablierung der Reproduktionsmedizin einem sozialen Wandel unterworfen. Die Familiensoziologie beobachtet in den letzten 30 bis 40 Jahren eine wachsende Enttraditionalisierung und Pluralisierung von Lebens- und Familienformen, in der das Modell der bürgerlichen Kleinfamilie an Bindekraft verloren hat und der selbstverständliche Verweisungszusammenhang von Ehe und Familie brüchig geworden ist (vgl. Lenz 2009: 12ff.). Die Elternschaft ist zu einer Option unter mehreren geworden. Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, mit welchen subjektiven Handlungsorientierungen und Sinnressourcen Frauen dem Angebot reproduktionsmedizinischer Methoden begegnen und wie sich das Zusammenspiel aus unterschiedlichen biographischen und sozialen Kontextuierungen der Frauen und den spezifischen Ambivalenzen und Risiken der Reproduktionsmedizin gestaltet.

Die qualitative Biographieforschung ermöglicht es, die differenziellen Umgangsweisen der von ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Frauen mit den medizintechnischen Behandlungsmöglichkeiten im Kontext ihrer jeweiligen Lebensgeschichte zu analysieren. Die hier skizzierte Untersuchung geht der Frage nach, warum Frauen den Belastungen und Problematiken der reproduktionsmedizinischen Behandlung ungleich ausgesetzt sind. Dazu untersucht sie jene sozialen und biographischen Bedingungen, die dazu beitragen, dass einige Frauen eine erfolglose reproduktionsmedizinische Behandlung ihrer ungewollten Kinderlosigkeit schwer verarbeiten, sich zunehmend enger in die geringen Erfolgsaussichten der Behandlung verstricken und kaum einen biographischen Neuentwurf entwickeln können. Andere Frauen können dagegen – auch das wird erklärbar – das Scheitern der Behandlung gut biographisch verarbeiten und sich von dem Kreislauf vergeblicher Behandlungswiederholungen distanzieren.

Eine biographische Gesamtformung, die – wie bei Marianne Stein – monolinear auf die Mutterschaft ausgerichtet ist und keine von der Familiengründung unabhängigen Thematisierungslinien enthält, kann zu einer Extremfokussierung auf den unerfüllten Kinderwunsch und die reproduktionsmedizinische Behandlung führen. Die Extremfokussierung tritt in Form eines massiven Leidensdrucks der betreffenden Frau in Erscheinung, eines gesteigerten Dranges nach einem eigenen Kind, einer starken Relevanzabwertung anderer Lebensbereiche, einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf junge Mütter und kleine Kinder mit entsprechender Verletzungsdisposition und sozialem Rückzugsverhalten, einer Instrumentalisierung des eigenen Körpers und der Bereitschaft, auch bei medizinischen Risiken und kleiner werdenden Erfolgchancen medizinisch Mögliches nicht unversucht zu lassen. Eine monolineare Ausrichtung auf die Mutterschaft entsteht insbesondere bei früher und alternativloser Einsozialisierung in traditionelle Frauenleitbilder und Geschlechtskonzeptionen sowie einer Orientierung des Paares an dem Konzept einer traditionell-bürgerlichen Kleinfamilie. Dieses Konzept, das in Frauenbiographien erkennbar ist, ist gekennzeichnet durch eine komplementäre und geschlechtsspezifische Sphären- und Aufgabentrennung, die der Frau vorzugsweise die Zuständigkeit für den familialen Binnenraum, die Haus- und Kinderarbeit, die Emotionalität und Fürsorge zuschreibt und dem Mann die Rolle des im außerhäuslich-öffentlichen Bereich tätigen Familienernährers (Wimbauer 2003: 77). Die Elternschaft gilt hier als Vollendung und eigentlicher Zweck der Ehe (Lenz 2009: 12). Mit dieser biographischen Ausrichtung bringen Frauen wenig Flexibilität und biographische Verarbeitungsmöglichkeit in die reproduktionsmedizinische Behandlung ein.

Rauprich/Berns/Vollmann (2011) bezweifeln, dass die Patientinnen unter dem Druck des übermächtigen Kinderwunsches in der Lage seien, eine autonome Entscheidung über eine Behandlungswiederholung oder -beendigung zu treffen. Sie empfehlen die Entwicklung von Kriterien, die Patientinnen bei derartigen Einschränkungen ihrer Entscheidungsfähigkeit von der Behandlung ausschließen. Das ist aber rechtlich und praktisch kaum durchsetzungsfähig. Zudem entwickelt sich die Vollgestalt einer Extremfokussierung auf den Kinderwunsch erst während der Behandlungen und ist vorab nicht eindeutig prognostizierbar. Auch ist die Extremfokussierung unter Beachtung ihrer biographischen Entstehungsvoraussetzungen durchaus als nachvollziehbares und zweckgerichtetes Verhalten zu verstehen. Innerhalb des biographischen Orientierungsrahmens der monolinearen Ausrichtung auf die Mutterschaft macht die klare Entscheidungspräferenz zur Behandlungswiederholung durchaus Sinn. Demgegenüber werden Behandlungsrisiken und -belastungen sowie ein Setzen von Grenzen nicht hoch geschätzt. Notwendig werden beim Scheitern der Behandlung dann eine tiefgehende biographische Arbeit an den bisherigen identitätskonstituierenden Merkmalen und eine Neuausrichtung des biographischen Entwurfs.

In der ärztlichen Praxis kann die Kenntnis derjenigen biographischen und sozialen Konstellationen, die den Umgang der Patientinnen mit den Behandlungsangeboten beeinflussen, eine Ausrichtung auf eine rein biowissenschaftlich standardisierte Versorgung flexibilisieren und die Beteiligten für die psychosozialen Aspekte der Behandlung

sensibilisieren. Aufgabe der Behandlungspraxis muss es sein, die ungleichen biographischen Ressourcen der Paare frühzeitig zu erkennen und etwa im Rahmen einer psychosozialen Beratung zum Gegenstand biographischer Arbeit zu machen.

Literaturverzeichnis

- Arnold, Brunhilde & Vogt, Christine. (1986). Kinderwunsch, Kinderlosigkeit und weibliche Identität. In Die Grünen im Bundestag. AK Frauenpolitik und Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hrsg.), *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik. Dokumentation zum Kongreß vom 19.–21.4. 1985 in Bonn* (S. 98–105). Köln: Kölner Volksblatt.
- Auhagen-Stephanos, Ute. (2002). *Wenn die Seele nein sagt. Unfruchtbarkeit – Deutung, Hoffnung, Hilfe*. München: Kösel.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth. (1991). *Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela; Thorn, Petra & Wendehorst, Christiane. (Hrsg.). (2008). *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. (Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 3). Göttingen: Universitätsverlag.
- Bradish, Paula; Feyerabend, Erika & Winkler, Ute. (Hrsg.). (1989). *Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien. Beiträge vom 2. bundesweiten Kongreß Frankfurt 28.–30.10.1988*. München: Frauenoffensive.
- Brähler, Elmar & Felder, Hildegard. (2000). *Auswirkungen und Belastungen durch medizinische Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Bildung und Forschung*. Leipzig: Univ.-Klinikum. Zugriff am 11. Januar 2013 unter <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e001/321587715.pdf>.
- Brähler, Elmar; Ströbel-Richter, Yve & Hauffe, Ulrike. (Hrsg.). (2002). *Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Corea, Gena. (1986). Die Zukunft unserer Welt. In Die Grünen im Bundestag. AK Frauenpolitik und Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hrsg.), *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik. Dokumentation zum Kongreß vom 19.–21.4.1985 in Bonn* (S. 22–27). Köln: Kölner Volksblatt.
- Die Grünen im Bundestag. AK Frauenpolitik und Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hrsg.). (1986). *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik. Dokumentation zum Kongress vom 19.–21.4.1985 in Bonn*. Köln: Kölner Volksblatt.
- DIR (Deutsches IVF Register). (2012). Jahrbuch 2011. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 9 (Supplementum 1), 1–40. Zugriff am 11. Januar 2013 unter: www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2011-d.pdf.
- Fränznick, Monika & Wieners, Karin. (2001). *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychosoziale Folgen, Bewältigungsversuche und die Dominanz der Medizin*. Weinheim u. a.: Juventa.
- Frick-Bruder, Viola. (1989). Die Betreuung des infertilen Paares unter Einbeziehung psychosomatischer und psychodynamischer Aspekte. In Carl Schirren, Gerhard Bettendorf, Freimut Leidenberger & Viola Frick-Bruder (Hrsg.), *Unerfüllter Kinderwunsch. Leitfaden für Diagnostik, Beratung und Therapie in der Praxis* (S. 139–146). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub. Co.

- Graumann, Siegrid & Schneider, Ingrid. (2003). Einleitung: Zwischen Verkörperung und Entkörperung – Entwicklungen in Biomedizin und feministischer Theorie. In Siegrid Graumann & Ingrid Schneider (Hrsg.), *Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht* (S. 9–18). Frankfurt/M.: Campus.
- Groß, Jessica. (2004). Psychosomatik und Reproduktionsmedizin. In Maria J. Beckermann & Friederike M. Perl (Hrsg.), *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie* (S. 922–953). Basel: Schwabe.
- Hofmann, Heidi. (1999). *Die feministischen Diskurse über Reproduktionstechnologien. Positionen und Kontroversen in der BRD und den USA*. Frankfurt/M., New York: Campus.
- Hofmann, Heidi. (2003). Feministische Diskurse über moderne Reproduktionstechnologien. In Siegrid Graumann & Ingrid Schneider (Hrsg.), *Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht* (S. 81–94). Frankfurt/M.: Campus.
- Hölzle, Christina. (1990). *Die psychische Bewältigung der In-Vitro-Fertilisation. Eine empirische Studie zu Kinderwunsch und Stressverarbeitungsmechanismen von Sterilitätspatientinnen*. Münster: LIT.
- Kontos, Silvia. (1986). Wider die Dämonisierung medizinischer Technik. In Die Grünen im Bundestag. AK Frauenpolitik und Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hrsg.), *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik. Dokumentation zum Kongreß vom 19.–21.4. 1985 in Bonn* (S. 137–148). Köln: Kölner Volksblatt.
- Krones, Tanja; Neuwohner, Elke; El Ansari, Susan; Wissner, Thomas & Richter, Gerd. (2006). Kinderwunsch und Wunschkinder. Möglichkeiten und Grenzen der In-vitro-Fertilisations-Behandlung. *Ethik in der Medizin*, 18(1), 51–62.
- Kuhlmann, Ellen & Kollek, Regine. (Hrsg.). (2002). *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lenz, Karl. (2009). *Soziologie der Zweierbeziehung. Eine Einführung*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Mies, Maria. (1986). Reproduktionstechnik als sexistische und rassistische Bevölkerungspolitik. In Die Grünen im Bundestag. AK Frauenpolitik und Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hrsg.), *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik. Dokumentation zum Kongreß vom 19.–21.4. 1985 in Bonn* (S. 44–49). Köln: Kölner Volksblatt.
- Perleberg, Katrin; Schütze, Fritz & Heine, Viktoria. (2006). Sozialwissenschaftliche Biographieanalyse von chronisch kranken Patientinnen auf der empirischen Grundlage des autobiographisch-narrativen Interviews. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft: Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis*, 8, 95–145.
- Rauprich, Oliver. (2008). Sollen Kinderwunschbehandlungen von den Krankenkassen finanziert werden? Ethische und rechtliche Aspekte. In Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn & Christiane Wendehorst (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown* (S. 31–61). (Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 3). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Rauprich, Oliver; Berns, Eva & Vollmann, Jochen. (2011). Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment. Results from a survey in Germany. *Human Reproduction*, 26(9), 2382–2391.
- Sacks, Harvey. (1966). *The Search for Help. No One to Turn to* (Unveröffentlichte Dissertation, University of California, Berkeley). University Microfilms, Ins. Ann Arbor, Michigan.
- Schütze, Fritz. (1981). Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In Joachim Matthes, Arno Pfeifenberger & Manfred Stosberg (Hrsg.), *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Kolloquium am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg* (S. 67–156). Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung.
- Schütze, Fritz. (1984). Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In Martin Kohli & Günther Robert (Hrsg.), *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (S. 78–117). Stuttgart: Metzler.

- Schütze, Fritz. (1991). Biographieanalyse eines Müllerlebens. In Hans-Dieter Scholz (Hrsg.), *Wasser- und Windmühlen in Kurhessen und Waldeck-Pyrmont* (S. 206–227). Kaufungen: Axel Eibing-Verlag.
- Schütze, Fritz. (2005). Eine sehr persönlich generalisierte Sicht auf qualitative Sozialforschung. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 6(2), 211–248.
- Schütze, Fritz. (2006). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In Heinz-Hermann Krüger & Winfried Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung* (S. 205–237). Wiesbaden: VS Verlag.
- Sorg, Brigitte & Fränznick, Monika. (2002). Frauen in der Reproduktionsmedizin. Hoffnungen – Entscheidungszwänge – Behandlungsspiralen. In Elmar Brähler, Yve Ströbel-Richter & Ulrike Hauffe (Hrsg.), *Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Präimplantationsdiagnostik und menschlicher Rohstoff* (S. 75–96). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Stauber, Manfred. (1991). Kinderwunschbehandlungen aus psychosomatischer Sicht. Ergebnisse und Schlussfolgerungen. In Manfred Stauber, Fried Conrad & Gerhard Haselbacher (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/91* (S. 22–36). Berlin u. a.: Springer.
- Strauss, Anselm; Fagerhaugh, Shizuko; Suczek, Barbara & Wiener, Carolyn. (1985). *Social Organisation of Medical Work*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Strauss, Bernhard; Brähler, Elmar & Kentenich, Heribert. (2004). *Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Strobl, Ingrid. (1989). Gentechnologie: Instrument der Auslese. In Paula Bradish, Erika Feyerabend & Ute Winkler (Hrsg.), *Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologien*. Beiträge vom 2. bundesweiten Kongreß Frankfurt 28.–30.10.1988 (S. 30–35). München: Frauenoffensive.
- Wimbauer, Christine. (2003). *Geld und Liebe. Zur symbolischen Bedeutung von Geld in Paarbeziehungen*. Frankfurt/M.: Campus.

Zur Person

Britt Hoffmann, M.A., Jg. 1976, wiss. Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät Magdeburg. Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Qualitative Sozialforschung.

Kontakt: Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Magdeburg, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

E-Mail: Britt.Hoffmann@med.ovgu.de

Transkriptionszeichen

(-)	kurze Pause
(..)	mittlere Pause
(...)	längere Pause
(Lied)	Text undeutlich zu verstehen
((weinend bis +))	nicht-sprachliche Ausdrucksform
<u>aber</u>	<u>besondere Betonung</u>
aber	lauter gesprochen
ging/ aber	Selbstkorrektur des Satzaufbaus
I:	Interviewerin